

§ VII.—Tratamiento.

Ya dejamos dicho que el *cateterismo*, despues de causar un dolor vivo, es seguido por lo comun de un alivio de los mas manifiestos, consideracion que ha movido á los prácticos á hacer uso de la introduccion de la sonda como medio curativo, y el doctor Cheneau, á quien cita Campaignac, ha referido un caso en el que el *cateterismo repetido* obtuvo una curacion completa.

Cada dos dias ó diariamente introduce Civiale, segun la irritabilidad del sugeto, una *bujia de cera* blanda, de pequeño volumen, que no saca hasta pasados cinco minutos, cada vez que se hace la operacion. Cuando no hay alivio, hacer inyecciones en la vejiga, primero tibias y despues frias, y como último recurso practica la cauterizacion del cuello vexical con el nitrato argéntico, despues de haber acostumbrado á la uretra al contacto de las bujías; al principio se suelen exasperar los síntomas con este último tratamiento; pero despues se calman poco á poco, hasta obtener una curacion mas ó menos duradera.

Todos los autores han consignado un hecho que les ha parecido curioso, á saber: que los sugetos en quienes por equivocacion se ha hecho la talla en una simple neuralgia de la vejiga, han curado perfectamente tanto de la operacion como de la neuralgia; pero este hecho entra en la regla general que hemos sentado en vista de la observacion. En efecto, hemos notado que todos los medios terapéuticos que irritan violentamente ó que inflaman las partes que padecen dolores nerviosos, tales como el vejigatorio, la cauterizacion y la incision, producen muy buenos resultados, y la operacion de la talla obra evidentemente en tales casos como estos medios cuando se emplean contra las neuralgias. Sin embargo, no creemos necesario indicar, que á pesar de la benignidad que ha presentado en los casos referidos, no es cosa de pensar en hacer una operacion tan grave para curar una simple afeccion dolorosa.

Se emplearán: 1.º los tópicos aplicados contra las neuralgias de todas las regiones, entre los que tenemos las *pomadas de belladona ó opiadas*, con el linimento ó pomada de cloroformo, las inyecciones hipodérmicas de una solucion de sulfato de *atropina*, á la dosis de un centígramo por gramo de agua, ó la solucion de *clorhidrato de morfina*; 2.º los remedios mas expeciales de esta region, como los supositorios de manteca de cacao, incorporando el *extracto de belladona*, á la dosis de 2 á 5 centigramos. El enfermo introduce uno de estos supositorios en el recto todas las noches, y le conduce por encima del orificio anal, abandonándole á sí mismo; una parte de la grasa se liquida y se puede esperar á que el medicamento le absorba. Pequeñas lavativas con *lúudano* que el enfermo retiene, pueden asimismo emplearse con ventaja.

Si la neuralgia coincide con una retencion de materias estercoráceas, está indicado vaciar el recto, ó por medio de lavativas ó por los purgantes.

En cuanto al tratamiento general, se compone de todos los medios usados para la neuralgia; pildoras de extracto acuoso de *opio* (5 centigramos), de *clorhidrato de morfina* (1 á 2 centigramos), las *pildoras de Méglin*, etc. L. Gosselin (1).

CAPÍTULO V.

ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA, DE LOS TESTÍCULOS Y DE LAS VEXÍCULAS SEMINALES.

Consideraciones generales.

Las enfermedades de la próstata, de los testículos y de las vexículas seminales, pertenecen, tanto al dominio de la patologia externa, como al de la interna, porque si bien los accidentes locales interesan al cirujano, los fenómenos generales reclaman imperiosamente la atencion del médico; generalmente los primeros trastornos se presentan á la vista de este último, así como será probablemente necesaria la intervencion de los médicos quirúrgicos en una época mas adelantada de la enfermedad.

Principian generalmente las enfermedades, que luego han de ser locales, por trastornos generales, y entonces el médico necesita saber el punto de partida de la enfermedad, así como su causa anatómica. Por esta razon es importante que el médico no desconozca estas enfermedades.

Trataremos en primer lugar de las *enfermedades de la próstata*, que son la transicion entre las afecciones de las vias urinarias y las de los órganos genitales; despues estudiaremos las particularidades que pueden interesar al médico, referentes á las *alteraciones de los testículos* y terminaremos con la historia de las *partículas seminales*, que unen estrechamente las enfermedades de la próstata y de los testículos.

ARTÍCULO I.

ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA.

La próstata puede afectarse de inflamacion *aguda ó crónica*, con todas sus consecuencias, como abscesos, ulceraciones, hipertrofias ó

(1) Gosselin, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865, t. II, art. ANUS.

atrofias; ó bien degeneraciones morbosas mas importantes, como el cáncer y el tubérculo.

1.º PROSTATITIS AGUDA.

Es una enfermedad cuyo estudio es de nuestra época. No se la menciona sino por J. L. Petit, y en una descripción incompleta de las obras de Boyer (1).

Se debe á Th. Dugas (2) el primer trabajo notable sobre la inflamación de la próstata, á Bégin (3) que da á esta enfermedad la importancia que conserva en el día. Pero el estudio hecho por Velpeau (4) ha constituido verdaderamente la base de los trabajos emprendidos despues sobre la materia. La historia de la prostatitis se ha enriquecido con numerosos escritos debidos á Lallemand (5), Vidal (de Cassis) (6), Leroy (d'Étiolles), Mercier, Civiale, Brodie, Hodgson (7), Coulson (8), Ledwich (9); la mayor parte especialistas, y además otros autores que han escrito algunas monografías que indicaremos, en particular la tesis del concurso de Béraud (10).

§ I.—Causas.

La prostatitis aguda es una enfermedad de la *edad adulta*, lo que se comprenderá cuando digamos cuál es una de las principales causas ocasionales. En los niños es rudimentaria, como todo el resto del aparato genital, y en los viejos está casi siempre con induración hipertrofica compatible con la prostatitis crónica, y no con la aguda. Sin embargo, se han citado como casos excepcionales algunos en una y otra edad.

La causa determinante habitual es la *blenorragia*, segun testimonio de todos los autores, hecha excepcion de Ricord, que dice que la blenorragia ocasiona rara vez la prostatitis. El hecho es que bajo la acción de una causa parecida, en relacion á la frecuencia de las blenorragias, se manifiesta rara vez; la inflamación uretral se detiene por el esfínter de la vejiga. Pero hemos visto, que las inflamaciones *por vecindad*, dejan un tejido sano entre dos puntos inflamados. Esta

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 5.ª edic., 1853, t. VII, p. 287.

(2) Théodose Dugas, *Fragments pour servir à l'histoire des maladies de la glande de prostate*, thèse de Montpellier, 19 Diciembre, 1832, n.º 134. 1833.

(3) Bégin, *Dictionn. de méd. et de chir.* en 15 vol., article PROSTATITE.

(4) Velpeau, *Dictionn. de méd.* en 30 vol. t. XXVI, art. PROSTATE.

(5) Lallemand, *Clinique méd. chir.* Paris, 1845.

(6) Vidal (de Cassis), *Maladies de la prostate (Annales de la chirurgie française)*.

(7) Hodgson, *The Prostate Gland and its enlargement in old age*, 1856.

(8) Coulson, *On Diseases of the Bladder and Prostate Gland*, fifth edit. 1856.

(9) Ledwich, *Observations on subacute inflammation of the Prostate Gland, its diagnosis and treatment (Dublin quarterly Journal)*, 1857.

(10) Béraud, *Maladies de la prostate*, thèse de concours, 1857.

manera de propagarse, de seguro que se encuentra casi siempre cuando se complica con la prostatitis aguda una uretritis. Sin embargo, no se verifica esta inflamación en los primeros días, sino un poco mas tarde, cuando la inflamación de la uretra se ha extendido á las partes profundas del conducto; algunas veces sucede cuando la blenorragia ha pasado á ser crónica.

Las *estrecheces* y las maniobras intentadas para dilatarla han sido señaladas por Hunter como causas de prostatitis. La litotricia, la talla, el *traumatismo* directo, las caídas sobre el periné, la *irritación del recto*, determinada por un estreñimiento pertinaz, ó purgas muy repetidas. Velpeau insiste en la alteración de la próstata por el uso immoderado de los medicamentos balsámicos, en particular la *copaiba* y la *cubeba*, cuya práctica le ha permitido reconocer sus inconvenientes.

Mencionaremos todavía algunas causas mas dudosas, como son los *excesos alcohólicos*, el *ejercicio á caballo*, los *excesos en el coito* y la *masturbación*; causas que todas obran congestionando los órganos genitales. En una observación de Malsang (1) la prostatitis puede ser atribuida á la estacion.

En algunos casos ha sido imposible el asignar una causa á la enfermedad.

§ II.—Síntomas.

Berard, y despues Velpeau, distinguen tres grados, los cuales establecen la sintomatología de la enfermedad. Nosotros vamos á mencionarlos, pero advirtiéndole que son grados y no formas, porque es raro que se limite la inflamación á una capa de tejido en un órgano como la próstata. Estos grados son: 1.º la prostatitis *mucosa*; 2.º la prostatitis *glandular*, *folicular* de Lallemand, que afecta á la mucosa y á los conductos prostáticos; 3.º la prostatitis *parenquimatosa* ó total.

En el primer grado no hay mas que síntomas locales moderados, sin reacción general; *sensación de peso en el periné*, *ganas frecuentes y dolor al orinar*, y derrame de *moco-pus*.

En el segundo grado se observan los mismos síntomas, cierta sensibilidad *al tacto rectal* y un principio de reacción febril.

Mas notables son los fenómenos característicos de la prostatitis parenquimatosa. Localmente se manifiesta un *dolor gravativo* pulsátil en el periné, que se irradia hácia el miembro y el recto; hay sensación de necesidad de defecar, si bien que hay estreñimiento, no pudiendo hacerlo sino con unos dolores atroces, que inspiran al enfermo una especie de terror cuando tiene la sensación, tomando actitudes extravagantes para resistir á las necesidades continuas,

(1) Malsang, *De la prostatite aiguë*, thèse de Paris, 1865, núm. 188.

y para expulsar aquel tapon estercolado imaginario (Boyer). También es extremado el *tenesmo vexical*: se escapa la orina gota á gota, produciendo una sensacion de ardor, de quemadura, que se siente en la extremidad del pene, como cuando hay metritis, sino mas profundamente al nivel del cuello de la vejiga. Algunas veces es absoluta la retencion de orina, y persiste mas ó menos tiempo. Se ha atribuido este accidente por los autores á un espasmo del cuello, mas bien que á un obstáculo mecánico, real, causado por la tumefaccion de la glándula: esta tumefaccion no se podria producir tan rápidamente en razon de la atmósfera aponeurótica y muscular, en la cual está sumergida la próstata. La fluxion inflamatoria se traduce en dolor, en relacion con la riqueza de inervacion mixta atribuido al órgano; así que se ve irradiarse el dolor hácia la vejiga, los riñones y el testículo.

Aparecen los síntomas generales cuando tienen su mayor intensidad las manifestaciones locales. El *calor*, la *fiebre*, se aumentan; hay *postracion*, *abatimiento*, *melancolia*, y algunas veces síntomas generales graves.

El derrame moco-purulento del primer grado de la enfermedad se suprime de ordinario cuando la inflamacion ha invadido la glándula.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

La prostatitis aguda tiene ordinariamente un curso rápido; cuando no pasa del primer grado, lo que es raro, puede durar ocho ó diez dias, y se termina *por resolucion*. La prostatitis glandular pasa frecuentemente á la *cronicidad*, y es el punto de partida de la hipertrofia, tan comun en los viejos.

En la prostatitis parenquimatosa es casi siempre inevitable, en cuyo caso persisten los fenómenos generales, tomando la fiebre un carácter intermitente. El foco purulento puede conocerse por el tacto rectal, ó sospechado por el cateterismo; otras veces, Civiale y Aug. Vidal, han referido ejemplos de abscesos *latentes*, que no se han reconocido sino por la autopsia.

La abertura espontánea es muy frecuente. Velpeau ha indicado perfectamente los diversos caminos que se puede abrir paso al pus para llegar al exterior; la abertura del absceso en la uretra es fácil por ser muy delgados los tejidos que tiene que atravesar; así que frecuentemente se dirige por este camino, saliendo mezclado con las orinas. En este caso no es necesario que las maniobras de cateterismo rompan la débil valla que retiene la coleccion líquida. Esto ha sucedido á Lallemand sondando á un enfermo, y Dugas abrió asimismo una coleccion purulenta prostática entre su dedo, introducido en el recto y la extremidad de una sonda, maniobrando en la uretra. Sigue en frecuencia á la uretra el recto para abrirse en él los abscesos espontáneamente, y es provocado por los esfuerzos al orinar ó

defecar. Se observa la abertura en la vejiga cuando la coleccion ocupa los dos lóbulos laterales. Todo el mundo conoce el hecho de J. L. Petit, referido por Velpeau, que abrió con una sonda una coleccion purulenta prostática *al explorar en la vejiga buscando un cálculo*. El pus puede dirigirse al tejido celular del periné, instalarse entre los planos aponeuróticos y musculares de la region, ó irse mas ó menos lejos. En fin, algunas veces se observa la abertura simultánea del absceso en varios de los puntos indicados.

En los casos de este género la duracion de la enfermedad se hace mas larga, terminándose por la muerte algunas veces, como lo ha visto Bégin.

También puede terminarse la prostatitis por *ulceraciones* mas ó menos persistentes, y aun *por gangrena*, habiendo visto ejemplos Velpeau y Laroche; ó bien la flegmasia retrocede incompletamente, persiste en un débil grado, y tiende á la hipertrofia con induracion.

Complicaciones.—La mas comun es la inflamacion en sus diversos grados de la vejiga. Es un accidente poco grave. No sucede desgraciadamente lo mismo por la propagacion flegmática al peritoneo, de lo que Ricord ha recogido dos ejemplos, en los cuales terminó por la muerte de los enfermos.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—La existencia de la blenorragia, los signos locales que hemos mencionado, los de arreglos funcionales y generales, forman las bases del diagnóstico *absoluto*: el tacto rectal y el cateterismo son los medios de exploracion que mas se ponen en práctica.

Th. Dugas indica como medios para distinguir una prostatitis de una irritacion y la retencion de orina determinadas por la *presencia de un cálculo*; la posibilidad de orinar, en este último caso, cuando se hace colocar al enfermo en una posicion tal que el cuerpo se apoye sobre los codos y las rodillas; Nelaton ha aceptado este procedimiento.

En la *cistitis aguda*, la expulsion de la orina es menos dolorosa, el cateterismo mas fácil, y el tacto rectal no revela su sensibilidad exagerada ni tumefaccion.

Para distinguir la prostatitis de una *estrechez*, Velpeau ha dicho que el cateterismo en el primer caso, pudo conducir la sonda á 15 centímetros de profundidad, mientras que en el segundo, no es posible pasar de 12 centímetros. Sin embargo, pueden coexistir las dos enfermedades.

En cuanto á los abscesos latentes, creemos que se deben tomar en consideracion las observaciones de Beraud. Este autor aconseja que se procede bien en los casos dichos, cuando hay abscesos, que son confundidos con colecciones de líquido prostático; y por otro lado si se trata de pequeños focos múltiples y no de una gran bolsa, el lí-

quido prostático puede concentrarse fácilmente y producir una equivocación confundiéndolo con pus verdadero.

Pronóstico.—Poco grave cuando la enfermedad se detiene en los primeros grados, siendo mas funesto cuando la próstata supura, agravándose según la dirección que toma el pus, y según las fuerzas de los enfermos. En el caso de complicación peritoneal, la terminación por la muerte casi es segura.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Los autores se callan relativamente á esto; y se ha reprochado á Verdier (1) por haber imaginado mas bien que descrito la anatomía patológica de los primeros grados de la enfermedad. La prostatitis parenquimatosa supurada cuando sucumbe el sugeto en este período, deja vestigios de un foco purulento y trayectos fistulosos, lesiones muy conocidas para que insistamos sobre ellas: los detalles que pudiéramos colocar aquí, en cuanto á la ulceración y la hipertrofia, se encontrarán en el artículo de la *prostatitis crónica*, que completará su estudio.

§ VI.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas.—Después de Velpeau, todos los prácticos recomiendan el uso de sangrias generales, cuando el sugeto es joven y fuerte, y locales en los demás casos. Se practican, sobre todo en el periné, aplicaciones de sanguijuelas en número de 20 á 30, repitiéndolo si es necesario. Beraud propone la aplicación de sanguijuelas en el recto, por medio de un espéculum particular, obturado en la extremidad libre y encajado en una porción de su pared, de tal manera que permite á la mucosa rectal del lado de la próstata presentarse directamente para recibir las sanguijuelas: se ha dicho con razón contra este método que es muy dolorosa la introducción de un instrumento voluminoso. Lo mismo sucede con otros medios mecánicos que se ha intentado aplicar, ya al recto, ya á la uretra, bajo el pretexto de comprimir la próstata y luchar así contra su infarto. Se aconseja asimismo practicar el cateterismo aunque con reserva y cuando la retención de orina es absoluta.

Emolientes.—Se aplican *catoplasmas* al periné después que se caen las sanguijuelas, haciendo tomar además al enfermo un *baño* general de una duración suficiente. Para bebida usual, se le da un cocimiento de lino ó de malvabisco.

Narcóticos.—Estos medios se emplean en aplicaciones locales, particularmente bajo la forma de pomada de *belladona*. Velpeau hace

(1) Verdier, *Observations et réflexions sur les phlegmasies de la prostate*, 1833.

dar fricciones con la pomada mercurial belladonada sobre la region perineal.

Purgantes.—Cuando existe estreñimiento, se aplicará un purgante ligero, por la boca mejor que por medio de enemas, en razón de estar tan dolorido el recto; no hay necesidad de designar especialmente la naturaleza del purgante que servirá como remedio.

Régimen.—El tratamiento se ayuda con una dieta bastante severa, indicada por la intensidad de los fenómenos generales; las infusiones, las sopas ligeras, serán solo permitidas al enfermo mientras que haya fiebre, á no ser que creamos que ya se ha establecido la supuración.

Incisión prematura.—Lallemand aconseja practicar una incisión en el periné en seguida que se vea que no dan buen resultado los medios que hemos indicado, previniendo de esta manera las consecuencias del estrangulamiento y que se desinfecte la glándula.

Malsang dice que Nelaton llama á esta operación una tentativa muy atrevida, pero no nos consta si este sábio cirujano la aprueba y practica.

Abertura del absceso.—Es una regla general para todos los casos no tardar en dar salida al pus cuando se está seguro de su existencia. Lo que hemos dicho hace ver que se puede esperar algunas veces para abrir el absceso con la sonda tactando, digámoslo así, la resistencia de la pared del foco por la vejiga ó por la region próstática de la uretra. Estas tentativas no deben ser abandonadas jamás, sirviéndose al efecto de una sonda metálica manejada con prudencia y en los sentidos indicados por la sensación del obstáculo que se puede percibir. Cuando el foco purulento sale con rapidez por el recto, se abre por este sitio, conduciendo sobre el dedo un visturi en el intestino, ó sirviéndose simplemente de la uña afilada.

Resumen del tratamiento.—Antiflogísticos; aplicaciones emolientes y narcóticas; purgantes; dieta; incisión prematura; abertura del absceso.

2.º PROSTATITIS CRÓNICA.

Esta forma de las inflamaciones prostáticas es un punto muy controvertido. Mercier (1) la admite; Bégin, por el contrario, la cree muy frecuente. Nos parece que este desconcierto de los autores depende de que se ha confundido la prostatitis crónica con la hipertrofia de la próstata, que es su consecuencia lo que explica, con Beraud, que Bégin, asistiendo á los primeros períodos de la prostatitis crónica en los soldados todavía jóvenes, ha visto esta inflamación muy comunmente, mientras que Mercier no la ha visto sino en los viejos, en los que la hipertrofia está confirmada, no ha podido encontrar los

(1) Mercier, *Recherches anatomiques sur la prostate des vieillards* (Bull. de la Soc. anat., 1836).